

·论著·

妊娠期高血压疾病患者妊娠期医疗决策参与现状及 及其影响因素分析

潘丽华

莆田学院附属医院,福建省莆田市 351100

【摘要】 目的 分析妊娠期高血压疾病(HDP)患者妊娠期医疗决策参与现状及其影响因素。方法 选取2022年2月至2023年12月莆田学院附属医院收治的119例HDP患者作为研究对象。采用患者参与治疗决策问卷评定其医疗决策参与度;分别采用一般资料调查表、社会支持评定量表、中文版决策自我效能量表及患者对医疗决策参与态度问卷,收集患者的一般资料并评定其社会支持水平、决策自我效能水平及医疗决策参与态度。采用多因素logistic回归模型分析HDP患者妊娠期医疗决策参与度的独立影响因素。结果 119例HDP患者中,医疗决策参与度低者共38例,占31.93%。多因素logistic回归分析结果显示,文化水平为高中以下($OR=2.745, 95\%CI: 1.218 \sim 6.187$)、既往无不良孕产史($OR=2.333, 95\%CI: 1.037 \sim 5.251$)、社会支持水平低下($OR=2.642, 95\%CI: 1.163 \sim 6.000$)、决策自我效能水平低下($OR=2.857, 95\%CI: 1.275 \sim 6.404$)、医疗决策参与态度消极($OR=2.802, 95\%CI: 1.260 \sim 6.231$)均是HDP患者妊娠期医疗决策参与度低的独立危险因素(均 $P<0.05$)。结论 HDP患者妊娠期医疗决策参与度有待提高,并受文化水平、既往不良孕产史、社会支持水平、决策自我效能水平及医疗决策参与态度等因素影响。未来应针对上述因素,通过加强分层健康教育、完善社会支持系统、进行自我效能干预及心理疏导等综合策略予以改善。

【关键词】 妊娠期高血压疾病;医疗决策参与;影响因素

【中图分类号】 R 714.24+6;C 934 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-7768(2026)01-0068-05

Analysis of the status of participation in medical decision-making during pregnancy in patients with hypertensive disorders of pregnancy and its influencing factors

Pan Lihua

The Affiliated Hospital of Putian University, Putian 351100, Fujian Province, China

【Abstract】 Objective To analyze the status of participation in medical decision-making during pregnancy in patients with hypertensive disorders of pregnancy (HDP) and its influencing factors. **Methods** A total of 119 patients with HDP admitted to the Affiliated Hospital of Putian University from February 2022 to December 2023 were enrolled as research subjects. The Patient Participation in Treatment Decision-Making Questionnaire was used to evaluate their level of participation in medical decision-making. A general information questionnaire, Social Support Rating Scale, Chinese version of the Decision Self-Efficacy Scale, and the Patients Attitude toward Participation in Medical Decision-Making Questionnaire were used to collect general data and assess social support level, decision self-efficacy level, and attitude toward participation in medical decision-making. The multivariate logistic regression model was used to identify independent influencing factors for participation in medical decision-making during pregnancy in patients with HDP. **Results** Among the 119 HDP patients, 38 (31.93%) had a low participation level in medical decision-making. Multivariate logistic regression analysis showed that education level below senior high school ($OR=2.745, 95\%CI: 1.218-6.187$), no history of adverse pregnancy outcomes ($OR=2.333, 95\%CI: 1.037-5.251$), low social support level ($OR=2.642, 95\%CI: 1.163-6.000$), low decision self-efficacy level ($OR=2.857, 95\%CI: 1.275-6.404$), and negative attitude toward participation in medical decision-making ($OR=2.802, 95\%CI: 1.260-6.231$) were independent risk factors for low participation level in medical decision-making during pregnancy in patients with HDP (all $P<0.05$). **Conclusion** Participation level in medical decision-making during

pregnancy in HDP patients needs to be improved, and it is influenced by education level, history of adverse pregnancy outcomes, social support level, decision self-efficacy level, and attitude toward participation in medical decision-making. In light of the aforementioned factors, it is imperative that future endeavors be directed toward ameliorating outcomes through the implementation of multifaceted strategies, incorporating enhanced stratified health education, a strengthened social support system, self-efficacy interventions, and psychological counseling.

【Key words】 Hypertensive disorders of pregnancy; Participation in medical decision-making; Influencing factors

妊娠期高血压疾病(hypertensive disorders of pregnancy, HDP)是妊娠期常见并发症,其病因尚未完全明确,多与母体炎症免疫过度激活、子宫-胎盘结构异常等因素有关,易引发早产、胎儿生长受限等不良妊娠结局,严重威胁母婴生命安全^[1]。目前,临床多采取对症治疗以控制病情进展、尽可能延长孕周、保障母婴安全,但部分HDP患者因对治疗进展认知不清,易产生焦虑、恐惧等负性情绪,进而影响预后。医疗决策参与是指医护人员向患者说明病情及治疗进展,积极征询其意见,并引导患者主动参与病情讨论及治疗方案决策的过程^[2]。研究表明,积极的医疗决策参与有助于缓解患者的负性情绪,促进其对病情的理性认知,从而在权衡治疗利弊后做出更适宜的选择,最终提升治疗效果^[3]。鉴于此,本研究旨在探讨HDP患者妊娠期医疗决策参与现状,并分析其影响因素,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2022年2月至2023年12月莆田学院附属医院收治的119例HDP患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合《妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)》^[4]中HDP的诊断标准;(2)年龄20~45岁;(3)妊娠 \geq 28周;(4)具备基本的阅读与书写能力;(5)自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)合并精神障碍或认知功能障碍;(2)合并其他严重妊娠并发症或合并症;(3)存在紧急剖宫产指征;(4)合并恶性肿瘤;(5)合并心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全;(6)已处于临产状态。本研究经莆田学院附属医院医学伦理委员会审批同意。

1.2 研究方法

1.2.1 一般资料收集 采用自行设计的一般资料调查表收集HDP患者的一般资料,内容包括:年龄、孕周、居住地、文化水平、产次、家庭人均月收入、工作状态、既往不良孕产史、本次受孕方式等。

1.2.2 医疗决策参与度评定 采用患者参与治疗决策问卷^[5]评定HDP患者的医疗决策参与度。该问卷

共包含12个条目,各条目按“很大程度参与”至“没有参与”依次计1~3分,计算条目平均分(量表总分 \div 总条目数),分数范围为1~3分,分数越低表示医疗决策参与度越高。以1.5分为界,分数 \geq 1.5分判定为医疗决策参与度低, $<$ 1.5分判定为医疗决策参与度高。

1.2.3 社会支持水平评定 采用社会支持评定量表^[6]评定HDP患者的社会支持水平。该量表包含主观支持(4个条目)、客观支持(3个条目)、支持利用度(3个条目)3个维度,共10个条目,总分范围为12~66分,分数越高表示社会支持水平越高;总分 $<$ 23分判定为社会支持水平低下, \geq 23分判定为社会支持水平良好。

1.2.4 决策自我效能水平评定 采用中文版决策自我效能量表^[7]评定HDP患者的决策自我效能水平。该量表共包含11个条目,各条目按“完全没有信心”至“完全有信心”依次计0~4分。原始总分为各条目得分之和,按公式转换为标准分:标准分=(原始总分/11) \times 25(范围为0~100分),标准分越高表示决策自我效能水平越高;标准分 $<$ 60分判定为决策自我效能水平低下, \geq 60分判定为决策自我效能水平良好。

1.2.5 医疗决策参与态度评定 采用患者对医疗决策参与态度问卷^[8]评定HDP患者对医疗决策的参与态度。该问卷共包含6个条目,各条目按“完全不同意”至“完全同意”依次计1~5分,计算条目平均分(量表总分 \div 总条目数),范围为1~5分,分数越高表示对医疗决策的参与态度越积极;分数 \leq 2分判定为医疗决策参与态度消极, $>$ 2分判定为医疗决策参与态度积极。

1.3 统计学处理 应用SPSS 23.0软件对数据进行统计分析。计数资料以例数和百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;采用多因素logistic回归模型分析HDP患者妊娠期医疗决策参与度的独立影响因素。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HDP患者妊娠期医疗决策参与现状 本研究共

纳入 119 例 HDP 患者, 其中医疗决策参与度低者 38 例 (31.93%), 医疗决策参与度高者 81 例 (68.07%)。

2.2 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度的单因素分析 单因素分析结果显示, 医疗决策参与度低者

与医疗决策参与度高者在文化水平、既往不良孕产史、社会支持水平、决策自我效能水平、医疗决策参与态度方面的差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

表 1 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度的单因素分析 [n(%)]

因素	分类	医疗决策参与度		χ^2 值	P 值
		低 (n=38)	高 (n=81)		
年龄	<30 岁	15 (39.47)	26 (32.10)	0.623	0.430
	≥30 岁	23 (60.53)	55 (67.90)		
孕周	<32 周	18 (47.37)	28 (34.57)	1.787	0.181
	≥32 周	20 (52.63)	53 (65.43)		
居住地	城镇	21 (55.26)	45 (55.56)	0.001	0.976
	农村	17 (44.74)	36 (44.44)		
文化水平	高中以下	18 (47.37)	20 (24.69)	6.120	0.013
	高中及以上	20 (52.63)	61 (75.31)		
产次	0 次	15 (39.47)	29 (35.80)	0.150	0.699
	≥1 次	23 (60.53)	52 (64.20)		
家庭人均月收入	<3 000 元	10 (26.32)	24 (29.63)	0.198	0.906
	3 000~5 000 元	16 (42.11)	31 (38.27)		
	>5 000 元	12 (31.58)	26 (32.10)		
工作状态	在职	24 (63.16)	55 (67.90)	0.261	0.610
	非在职	14 (36.84)	26 (32.10)		
既往不良孕产史	无	26 (68.42)	39 (48.15)	4.289	0.038
	有	12 (31.58)	42 (51.85)		
本次受孕方式	自然受孕	30 (78.95)	65 (80.25)	0.027	0.869
	辅助生殖	8 (21.05)	16 (19.75)		
社会支持水平	低下	17 (44.74)	19 (23.46)	5.551	0.019
	良好	21 (55.26)	62 (76.54)		
决策自我效能水平	低下	19 (50.00)	21 (25.93)	6.718	0.010
	良好	19 (50.00)	60 (74.07)		
医疗决策参与态度	消极	20 (52.63)	23 (28.40)	6.584	0.010
	积极	18 (47.37)	58 (71.60)		

2.3 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度的多因素 logistic 回归分析 以 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度为因变量 (高=0, 低=1), 将单因素分析中 $P < 0.05$ 的变量作为自变量纳入多因素 logistic 回归模型 (自变量赋值情况见表 2)。结果显示, 文化水平为高中以下、既往无不良孕产史、社会支持水平低下、决策自我效能水平低下、医疗决策参与态度消极均是 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度低的独立危险因素 (均 $P < 0.05$),

见表 3。

表 2 自变量赋值情况

变量	赋值
文化水平	高中及以上=0, 高中以下=1
既往不良孕产史	有=0, 无=1
社会支持水平	良好=0, 低下=1
决策自我效能水平	良好=0, 低下=1
医疗决策参与态度	积极=0, 消极=1

表3 HDP患者妊娠期医疗决策参与度的多因素 logistic 回归分析

变量	B 值	SE 值	Wald χ^2 值	P 值	OR(95%CI) 值
常量	-1.115	0.258	18.730	<0.001	—
文化水平	1.010	0.415	5.930	0.015	2.745(1.218~6.187)
既往不良孕产史	0.847	0.414	4.192	0.041	2.333(1.037~5.251)
社会支持水平	0.971	0.419	5.386	0.020	2.642(1.163~6.000)
决策自我效能水平	1.050	0.412	6.500	0.011	2.857(1.275~6.404)
医疗决策参与态度	1.030	0.408	6.384	0.012	2.802(1.260~6.231)

3 讨论

3.1 HDP 患者妊娠期医疗决策参与现状 本研究结果显示, 31.93%(38/119)的HDP患者医疗决策参与度处于较低水平。这一比例低于缪爱云等^[9]的研究结果, 差异可能与研究人群的疾病类型不同有关, 但仍提示HDP患者妊娠期医疗决策参与度有较大提升空间。其原因可能在于: 部分HDP患者对疾病相关信息的获取与利用能力不足, 未能充分认识疾病的潜在风险; 加之医患间往往存在信息不对称的情况, 导致患者在医疗决策中处于被动地位, 进而弱化其医疗决策意识, 降低医疗决策参与度。对此, 医护人员应早期评估HDP患者的医疗决策参与意愿与障碍, 针对性激发参与动机、提供医疗决策支持, 从而系统性提高其医疗决策参与度。

3.2 HDP 患者妊娠期医疗决策参与度的影响因素分析 本研究中, 多因素 logistic 回归分析结果显示, 文化水平为高中以下、既往无不良孕产史、社会支持水平低下、决策自我效能水平低下、医疗决策参与态度消极是HDP患者妊娠期医疗决策参与度低的独立危险因素。具体原因及干预建议分析如下。(1)文化水平: 文化水平较高的HDP患者对疾病信息的理解能力和治疗主动性更强, 更倾向于将治疗视为医患共同的责任, 从而积极主动参与医疗决策; 而文化水平较低的患者可能因医学知识有限、难以理解专业术语, 更依赖医护人员制定决策, 导致自我医疗决策参与度偏低^[10]。对此, 建议医护人员根据患者的文化水平, 调整健康教育方式, 如避免使用专业术语, 讲解HDP的病因、治疗方案、预后转归等内容, 确保其充分理解HDP诊疗信息后, 引导其参与决策, 从而提高医疗决策参与度。(2)既往不良孕产史: 既往有不良孕产史的HDP患者因过往经历, 对自身及胎儿的健康状况更为关注, 会主动学习疾病相关知识, 密切关注治疗进展, 并充分表达自身诉求, 积极参与医疗

决策; 而无此经历的患者可能对医疗信息的认知程度不足, 更倾向于听从医护人员的建议, 被动参与医疗决策^[11]。因此, 应重点关注既往无不良孕产史的HDP患者群体, 耐心讲解疾病知识与医疗决策的相关信息, 使其明确自身在治疗中的主体地位, 调动其参与医疗决策的积极性。(3)社会支持水平: 良好的社会支持是重要的心理保护因素, 能减轻心理负担、增强治疗信心, 其提供的情感与信息支持也有助于患者正确评估病情并参与决策^[12]。因此, 建议加强家庭宣教, 鼓励家属给予HDP患者陪伴与支持, 并共同参与疾病知识学习与医疗决策。(4)决策自我效能水平: 决策自我效能水平良好的患者, 在面对医疗选择时, 往往对于自己收集信息、评估选项、作出合理决策的能力有信心, 因此会更主动地向医护人员表达自己的看法和需求, 积极参与到治疗方案的制定过程中。决策自我效能水平低下者更可能觉得自己没有能力作出正确的决策, 影响其医疗决策参与^[13]。对此, 临床实践中应评估HDP患者的决策自我效能水平, 并基于自我效能理论进行干预, 为其赋能, 以增强其治疗信心, 提高医疗决策参与度。(5)医疗决策参与态度: 有研究指出, 基于行为计划理论, 态度以意向为中介对行为产生影响^[14]。持消极医疗决策参与态度的患者对医疗决策参与的意向不足, 表现为不愿参与决策过程; 同时, 消极态度可能加重心理负担, 影响病情控制, 进一步削弱患者的治疗信心与医疗决策参与度^[15]。对此, 医护人员应充分了解HDP患者的医疗决策参与态度, 分析其消极态度的成因, 实施针对性心理干预, 以转变其消极态度, 提高医疗决策参与度。

综上所述, HDP患者妊娠期医疗决策参与度有待提高, 并受文化水平、既往不良孕产史、社会支持水平、决策自我效能水平及医疗决策参与态度等多种因素影响。未来可依据上述因素, 通过开展分层健康教育、完善社会支持系统、实施基于自我效能理

论的干预及针对性心理疏导等综合策略,以期提高HDP患者的医疗决策参与度。

参 考 文 献

- [1] 谢开咪,尹海静.妊娠合并慢性高血压并发子痫前期的危险因素及妊娠结局分析[J].中国妇幼保健,2023,38(8):1464-1467.
- [2] 吴秀梅,彭美芳,缪景霞,等.社会支持对癌症患者医患共同决策的影响:医患关系与医疗决策参与期望的链式多重中介作用[J].重庆医学,2022,51(21):3771-3776.
- [3] 刘美梅,郑群英,何丽云,等.肺癌病人参与共享决策水平及其相关危险因素分析[J].全科护理,2023,21(19):2705-2707.
- [4] 中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组.妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)[J].中华妇产科杂志,2020,55(4):227-238.
- [5] 陈莉萍,金苇伟,黄浠婷,等.慢性阻塞性肺疾病患者参与治疗护理决策现状及影响因素分析[J].中国实用护理杂志,2023,39(26):2026-2032.
- [6] 陈丽,戴爱华,薛源,等.垂体瘤切除术后患者复发恐惧现状及认知行为干预对策[J].国际护理学杂志,2024,43(15):2845-2849.
- [7] 王思潼,叶志霞,李芸芸,等.中文版决策自我效能量表在原发性肝癌患者治疗决策中的信效度检验[J].解放军护理杂志,2021,38(1):37-40,64.
- [8] 孔文萱.老年终末期肾病患者预立医疗照护计划准备度现状及影响因素研究[D].南宁:广西中医药大学,2025.
- [9] 缪爱云,吴奇云,李丽,等.原发性肝癌患者参与治疗决策现状及影响因素分析[J].护理学报,2015,22(7):5-9.
- [10] 李智英,李素萍,孙子莹.危重症患儿父母参与医疗决策期望及影响因素研究[J].护理学杂志,2022,37(9):20-23.
- [11] 张欣,尹卫,刘巧艳,等.妊娠期糖尿病患者血糖管理决策体验的纵向质性研究[J].护理学报,2023,30(12):22-26.
- [12] 陈迎新,张霄,吕仕杰,等.决策冲突在青少年癫痫患者社会支持与医疗决策参与满意度间的中介效应研究[J].护理管理杂志,2022,22(4):229-234.
- [13] 皇甫文燕.高血压脑出血患者替代决策自我效能现状及影响因素的分析[J].心脑血管病防治,2022,22(1):99-101.
- [14] 王新华,任尉华.学龄儿童住院需求及参与治疗决策的意愿调查[J].中国医学伦理学,2023,36(7):724-729.
- [15] 朱行策,刘智勇,董钟昕,等.我国慢性病患者决策参与影响因素质性研究的系统评价[J].护理学杂志,2022,37(9):10-16.

(收稿日期:2025-10-11 修回日期:2025-12-20)

引用本文:潘丽华.妊娠期高血压疾病患者妊娠期医疗决策参与现状及其影响因素分析[J].内科,2026,21(1):68-72.

DOI:10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2026.01.11